



HTA

Health Technology Assessment

ITA

INSTITUT FÜR
TECHNIKFOLGEN-
ABSCHÄTZUNG

-Newsletter

Evaluation medizinischer Interventionen

RATIONIERUNG WEGEN RESSOURCENMANGELS?

Empirie versus Rhetorik: Mehr Geld führt nicht zwangsläufig zu mehr Gesundheit

Inhalt

Rationierung wegen Ressourcenmangels?

Empirie versus Rhetorik:
Mehr Geld führt nicht
zwangsläufig zu mehr
Gesundheit..... 1

Protonentherapie/PT

Lokale Tumorthherapie 2

Tinnitus-Retraining- Therapie/TRT

Behandlung bei „Ohrklingeln“... 2

Transplantationen

von Lebendspenden..... 3

Infliximab

Behandlung bei aktivem
Morbus Crohn 4

Wird Rationierung als ein „Vor-
enthalten von wirksamen, d. h.
gesundheitsfördernden medizini-
schen Leistungen“ definiert, dann
ist nach der empirischen Basis für
einen Zusammenhang zwischen
zusätzlichen finanziellen und per-
sonellen Ressourcen und mehr
Gesundheit, effektiveren Leistun-
gen und mehr Qualität zu fragen.
Die Diskussion zur Rationierung im
Gesundheitswesen ist interessens-
geleitet und unwissenschaftlich,
das „Gespenst der Rationierung
in reichen Ländern – ein Gespenst
eben“, so die Aussage eines Sym-
posiumsbeitrags von M. Narath.

Das Symposium „Die (Miss-)Wirt-
schaft mit der Gesundheit – eine
Notwendigkeit?“ des SMZ Liebenau/
Stmk. im Oktober 2001 hatte das
Thema der Rationierung im Ge-
sundheitswesen zum Inhalt. Der
Beitrag von M. Narath widmete
sich den verfügbaren Fakten, der
Evidenz, in der Rationierungsdiskus-
sion und kommt zu dem Schluss,
dass man der Diskussion mit Ge-
lassenheit begegnen sollte, da sie
durch Mangel an Rationalität ge-
kennzeichnet ist.

Narath stellt fünf Thesen auf und
untermauert diese mit Hinweisen
aus zahlreichen Literaturquellen:

1. Die Qualität der Diskussion ist
unwissenschaftlich und von In-
teressen geleitet: Fallbeispiele,
punktuelle Ereignisse und Be-
hauptungen kennzeichnen die

Diskussion, sie werden ohne den
Kontext der Systemgestaltung, der
Organisation und der Art der
Refundierung vorgebracht.

2. Der Zusammenhang von mehr
Geld/mehr Leistungen und we-
niger Rationierung ist nicht be-
legt: Vergleiche wie höhere Ärz-
tedichte, oder mehr Ausgaben
pro Altersgruppe etc. lassen kei-
ne Aussagen zu mehr Gesund-
heit in der Bevölkerung zu. Jene
Regionen innerhalb eines Ge-
sundheitswesens, in denen mehr
Geld ausgegeben wird, erhalten
nicht unbedingt mehr effektivere
Leistungen.
3. „Geographisches Schicksal“
kennzeichnet die Erbringung vie-
ler medizinischer Leistungen. Die
Variabilität der Praxisstile in der
Medizin ist enorm. Die medizini-
schen Ergebnisse sind trotzdem
oft ähnlich.
4. Die Organisation und die Ein-
kommen der Dienstleister sind
für Ressourcenplanung wichtiger
als einzelne Leistungen: Die Or-
ganisation der Erbringung von
Leistungen und deren Tariffie-
rung bestimmen den Ressour-
cenvverbrauch wesentlich.
5. Ein Mehr an Gesundheitsleistun-
gen muss nicht besser sein: Die
ständige Expansion des Gesund-
heitswesens kann auch uner-
wünschte Nebenwirkungen ha-
ben, wie immer mehr Diagnosen,
die ohne Therapien bleiben, In-

Termine

25.–26. Oktober 2002

Evidenzbasierte Unfallchirurgie
Köln

http://www.ebm-netzwerk.de/eb_unfallchirurgie.pdf

28. Oktober 2002

Qualitätskonferenz
„Mut zur Qualität“
BMSG, Wien

5.–8. November 2002

19th ISQUA Konferenz
Quality in Health Care
Paris

<http://www.cchse.org/19thISQUA.pdf>

13./14. November 2002

3. (deutsches) HTA-Symposium
„HTA-Netzwerke, Kurz HTAs“
Bernkastel-Kues

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/hta/Aktuelles/>

28.–30. November 2002

10th EUPHA Meeting
„Bridging the gap between
research & policy“
Dresden

<http://www.nivel.nl/eupha/>

27.–29. Jänner 2003

6. Int. Symposium
Qualität im Gesundheitswesen
Rathaus, Wien

<http://www.health.magwien.gv.at/kav/dokumente/ankundigung.pdf>

interventionen ohne erwiesenen Nutzen etc.

Mehr Geld für das Gesundheitssystem führt also nicht zwangsläufig zu mehr Gesundheit!

M. Narath 2002: Das Gespenst der Rationierung – ein Gespenst eben,

http://www.oegaw.ac.at/ita/hta/Narath_02_rationierung.pdf.

Protonentherapie/PT

Lokale Tumorthherapie

Protonentherapie ist ein strahlentherapeutisches Verfahren für spezifische Tumorgebiete mit sehr geringen Nebenwirkungen im umgebenden gesunden Gewebe. Vor allem bei sehr seltenen malignen Melanomen, die im Augapfel auf der Aderhaut entstehen, können so Linse und Sehnerv geschont werden. Der Bau und der Betrieb von Beschleunigeranlagen für die Behandlung von Augentumoren sind extrem teuer. Es gibt weltweit ca. 20 Zentren. Ein Projekt zur PT läuft derzeit auch in Österreich.

Protonen haben im Vergleich zu den in der konventionellen Strahlentherapie verwendeten Photonen besondere Eigenschaften. Sie geben ihre maximale Dosis, die für die Zerstörung der Tumorzellen verantwortlich ist, am Ende ihrer Bahn ab, d. h. dort, wo sie stoppen (sogenannte Bragg-Spitze). Die Geschwindigkeit (Energie) wird so gewählt, dass die Protonen genau am voraus berechneten Ort im Tumorgewebe stoppen. Hinter dem Tumor, im gesunden Gewebe, wird keine Dosis abgegeben. Vor dem Tumor beträgt die Dosis deutlich weniger als bei Photonen. Deshalb wird das gesunde Gewebe bei der Strahlentherapie mit Protonen optimal geschont. Vorteile sind geringere Nebenwirkungen und die Möglichkeit, im Tumolvolumen deutlich höhere Strahlendosen zu plazieren.

Die PT bei Aderhautmelanomen gilt heute als die Therapie der Wahl. Andere potentielle Indikationen, so ein

französisches Assessment (2002), müssen in Studien noch bestätigt werden. Die Kombination von Photonen- und Protonentherapie bei Schädel-Basis Chordomas und Chondrosarkom zeigte sehr gute Ergebnisse.

Seit längerem besteht in der Schweiz schon eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung für die Behandlung von intraokulären Melanomen. Seit 1. Jänner 2002 wurde sie auf folgende Indikationen erweitert: Meningiome (benigne und maligne), niedriggradige Gliome (Grad 1 und 2), Tumoren im Bereich der Schädelbasis und im ORL-Bereich, Sarkome (Wirbelsäule/allgemein).

Aufgrund der extrem hohen Investitionskosten, die je nach Beschleunigertyp zwischen 25 und 85 Mio Euro betragen, und den weitaus höheren Behandlungskosten als bei konventioneller Radiotherapie, sowie der Seltenheit der zu behandelnden Tumore, sollte vor der Errichtung eines österreichischen Zentrums eine grundlegende Evaluation erfolgen, die nicht nur klinische Aspekte, sondern organisatorische und gesundheitsökonomische Faktoren miteinbezieht.

FSIOS/CH 2001: Proton beam radiation therapy (unveröffentlicht).

CEDIT/FR 2001: Protonentherapie, http://cedit.aphp.fr/english/index_present.html.

Allgemeine Informationen: <http://p-therapie.web.psi.ch/aktuell.html>.

Tinnitus-Retraining-Therapie/TRT

Behandlung bei „Ohrklingeln“

Als Tinnitus (akuter Hörsturz) gilt jede Art von subjektiven – nur vom Kranken wahrgenommenen – Ohrgeräusche ohne akustische Stimulation von außen, eine Art ständiges Ohrensausen. Wirksame Medikamente oder Therapien stehen nicht zur Verfügung. Eine (neue) Behandlungsmethode ist die Tinnitus Re-

training-Therapie (TRT), ein neurophysiologisches Modell, das seit einigen Jahren eingesetzt wird.

Das Konzept beruht auf einer Zusammenarbeit von HNO-Ärzten und Psychotherapeuten unter Zuhilfenahme apparativ-akustischer Hilfsmittel (Noiser oder Masker), die Töne erzeugen, deren Frequenz und Lautstärke einstellbar ist und die vom Ohrgeräusch ablenken sollen. Ziel ist die sog. Habituation (Gewöhnung), die durch ein rosa Rauschen die Wahrnehmung des Tinnitus auslöschen soll. Die Therapie ist behandlungsintensiv und setzt eine aktive Mitarbeit des Patienten voraus. Fallstudien ergaben bei ca. 80 % der Patienten eine signifikante Besserung.

Grundsätzlich ist die Behandlung des anhaltenden Tinnitus schwierig, da wirksame Medikamente nicht zur Verfügung stehen. Ein britisches Assessment zur TRT (1998) sah keinen Nachweis, dass TRT effektiv ist, weil sie nicht in kontrollierten Studien evaluiert wurde. Zwei publizierte Fallstudien deuteten zwar auf eine hohe Besserungs- (bis 80 %) und seltene Rückfallrate hin, allerdings bleiben die Ergebnisse wegen methodologischer Mängel ohne Aussagekraft. Vergleiche (Bandolier 4/2000) von verschiedenen Therapieformen (Medikamente, Stimulation, Hypnose, Ultraschall, Akupunktur u. a.) brachten keine neuen Erkenntnisse, da Wirksamkeitsbelege fehlen. Demnach stellt die TRT durchaus eine Alternative dar. Sie wird derzeit in der Cochrane Collaboration evaluiert.

DEC-Report/GB 1998: Tinnitus retraining therapy

<http://www.doh.gov.uk/research/swro/rd/publicat/dec/dec83.htm>.

Bandolier 4/2000: Tinnitus & Menniere's update

<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band74/b74-2.html>.

Arznei-Telegramm 1997: Tinnitus,

<http://www.arznei-telegramm.de>.

Transplantationen

von Lebendspenden

Die Nachfrage nach Organspenden wächst aufgrund relativ guter Erfolge und sinkender Zugangsindikationen stetig. Mit Organspenden von Lebenden besteht die Möglichkeit, die Zahl der zur Verfügung stehenden Organe zu erhöhen. In einigen europäischen Ländern werden derzeit Nieren und Leber von Lebenden explantiert, in Österreich ist zurzeit lediglich die Totenspende geregelt. Nun haben einige Todesfälle von Spendern bei Lebendlebertransplantationen (LDLT) in den USA für mediale Aufregung gesorgt. Nichtsdestotrotz führen immer mehr Transplantationszentren LDLT durch oder zeigen Bereitschaft, Lebend-Lebertransplantationen durchzuführen.

Für die Empfänger einer Lebendspende besteht der Vorteil in der kurzen Ischämiezeit (verminderte Durchblutung) der Organe, bei Verwandtenorganspenden in der hohen Kompatibilität und damit geringeren Abstoßung als bei Kadaver-Transplantationen. Laut einer englischen Analyse zu LDLT bei Leberkrebs (Hepatology 2001/33) ist die Lebendspende im Vergleich zur Totenspende (bei entsprechend langer Wartezeit) im Vorteil in Bezug auf Lebenserwartung und akzeptabler Kostennutzenratio. Über Spendermortalität und -morbidity können letztendlich, so die Analyse, keine wirklich klaren Angaben gemacht werden, da sie nicht systematisch gesammelt und gemeldet wurden.

Lebendspenden stellen die Mediziner vor eine Reihe von ethischen und juristischen Problemen. Der Anstieg von zur Verfügung stehenden Organen durch Lebendspenden kann jedoch das Dilemma, in das Mediziner als Entscheidungsträger geraten, nicht verdrängen. Deshalb sind Transparenz und einheitliche Mechanismen für alle Transplantationszentren von Nöten.

Rezente Assessments

CCOHTA/CA:

http://www.ccohta.ca/entry_e.html

Emerging Technologies 2002

Percutaneous vertebroplasty: A bone cement procedure for spinal pain relief, Mai

Using a spectral reflectance technique to measure transcutaneous bilirubin in neonates: A new device, Juli

Uterine Artery Embolization for the Treatment of Fibroids, Aug

Fondaparinux for Post-operative Venous Thrombosis Prophylaxis, Aug

Tiotropium: a Potential Replacement for Ipratropium in Patients with COPD, Juli

Does Skin Cholesterol Testing Provide Benefit?, Juli

Heart failure: is there a role for angiotensin II receptor blockers?, Sept.

Scleral support surgery for pathologic myopia, Sept.

Assessments 2002:

Treatment of inoperable advanced non-small-cell lung cancer: regimens with or without taxane, Sept

Long-acting β_2 -agonists for maintenance therapy of stable chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review, Sept

Insgesamt 51 HTA-Produkte für 2002!

HTA-Projekte am ITA

Div. Projekte in Vorbereitung

Veranstaltungen am ITA

Thomas Pieber, Prof. Dr.

Leiter der Ambulanz für
Diabetes und Stoffwechsel,
Klinikum Graz

**„Fehl- und Unterversorgung
chronisch Kranker: Brauchen
auch wir ein Disease**

Management für Diabetes?„
Mittwoch, 30. Oktober 2002
10:00 bis 12:00

Kurt Grünewald, Prof. Dr.

Wissenschaftssprecher der
Grünen, NR-Abgeordneter

**„Gesundheitsökonomie darf
Gesundheitspolitik nicht
ersetzen!“ – Grüne Vor-
schläge für ein solidarisches
Gesundheitssystem**

Montag 18. November 2002
17:00 bis 19:00

Veranstaltungen mit eingeladenen Gästen

**30. Oktober 2002,
16:00–19:00,** Erfahrungsaus-
tausch HTA in Krankenanstalten

**8. November 2002,
14:30–17:30,** Internationaler
Expertendiskurs zur „Prädiktiven
genetischen Diagnostik bei
hereditärem Mamma- und
Kolonrektalkarzinom“

Impressum

Redaktion: Claudia Wild
Saskia Schlichting

Graphik: Manuela Kaitna

Eigentümer und Herausgeber:
ITA – Institut für Technikfolgen-
Abschätzung der Österreichischen
Akademie der Wissenschaften,
A-1030 Wien, Strohgasse 45/3
<http://www.oew.ac.at/ita>

Der HTA-Newsletter erscheint
10 x pro Jahr und ausschließlich
auf der ITA-homepage
ISSN: 1680-9602

CAHTA/SP 2002: Living Donor Liver Transplant, <http://www.aatm.es/cgi-bin/frame.pl/ang/pu.html>.

AHRQ/USA 2001: Morbidity and mortality among adult living donors undergoing right hepatic lobectomy for adult recipients (LDLT) – systematic review (unveröffentlicht).

Sarasin et al. 2001: Living Donor Liver Transplantation for early hepatocellular carcinoma: a life expectancy and cost-effectiveness perspective. Hepatology.

Infliximab

Behandlung bei aktivem Morbus Crohn

Bei Morbus Crohn handelt es sich um eine chronische Magen- und Darmerkrankung, über deren Ursache wenig bekannt ist. Infliximab (Remicade) ist ein Anti-Tumornekrosefaktor (TNF)-alpha-Antikörper, der auch bei der aktiven rheumatischen Arthritis eingesetzt wird. Infliximab besitzt ein hohes Risiko für schwere Infektionen, Überempfindlichkeitsreaktionen, einschließlich Tuberkulose. Die Behandlung des schweren, aktiven Morbus Crohn mit und ohne Fistelbildung mit Infliximab ist von der europäischen Arzneibehörde EMEA wegen Sicherheitsbedenken als Mittel der letzten Wahl eingestuft worden.

Einige Assessments zu Infliximab bei Morbus Crohn liegen vor. *Ergebnis:* Die Resultate eines schwedischen Kurz-Assessments (Alert/2001) besagen eine moderate kurzfristige Wirksamkeit. Zu Langzeitwirkung und Kosteneffektivität liegt kein Wissen vor. Unkontrollierte Studien hatten eine höhere Krankheitsreduktion ergeben als kontrollierte (70 % zu 20 %). Laut Alert weist Infliximab ein Risiko für schwere Komplikationen auf. Ein kanadisches klinisches und ökonomisches Assessment (CCOHTA/2002) bestätigt die Wirksamkeit und ein akzeptables Kurzzeit-Sicherheitsprofil von Infliximab für beide Erkrankungen. Die Kosten-Nutzen-Analyse übertrifft jedoch übliche Relationen bei Weitem. Umso überraschender ist die

Meldung, dass die amerikanische Behörde FDA für Infliximab eine erweiterte Zulassung (Einleitung und Remission bei Morbus Crohn ohne Fisteln) erteilt hat. Die FDA reagiert auf die Vorlage von Daten einer groß angelegten internationalen Studie (ACCENT I).

CCOHTA/CA 2002: Clinical and economic assessment: infliximab for the treatment of Crohn's disease, http://www.ccohta.ca/entry_e.html.

NICE/GB 2002: Guidance on the use of infliximab for Crohn's disease, <http://www.nice.org.uk/pdf/FinalreportrevisedEconomicAnalysissection.pdf>.

SBU/SE 2001: Infliximab (Anti-TNF-alfa) in treating Crohn's disease – early assessment briefs (ALERT), <http://www.sbu.se/admin/index.asp>.

Laufende Projekte

NCCHTA/GB: The clinical effectiveness and cost-effectiveness of infliximab for Crohn's disease – rapid review.

CCOHTA/CA: Systematic review and economic analysis of the use of infliximab and etanercept in patients with rheumatoid arthritis (RA).

Vorausschau November

- Trastuzumab
- Hüftultraschall bei Neugeborenen
- Varizenoperation
- Visuelle Elektrodiagnostik.

Wir freuen uns über Reaktionen und Hinweise insbes. auf für Österreich relevante Themen!!

Kommunikation an: cwild@oew.ac.at